



# わんちゃんの問題診票



検査日 : 20 年 月 日

動物名

飼い主様 氏名 様

電話

●報告書は当院の送信専用アドレス [result@nk-inuneko.com](mailto:result@nk-inuneko.com) よりPDFファイルを添付してお送りいたします。  
送り先のEmailアドレスを下の欄にご記入ください。またメールの受信許可設定をご確認ください。

Email @

印刷した冊子の報告書をご希望の方には、報告書をレターパックでお送りいたします。（別途手数料1,100円がかかります）  
☑を入れ下の欄にご住所をご記入ください。

報告書（冊子）の郵送を希望

ご住所 〒

飼育環境	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 両方（屋内    %、屋外    %） 室内運動：1日（    ）回、1回（    ）分、散歩：1日（    ）回、1回（    ）分 シャンプー：月（    ）回： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> トリミングサロン 他に飼育している動物（    ）
活動性	<input type="checkbox"/> 元気に遊び、お散歩に喜んでいく <input type="checkbox"/> 散歩に行っても走らなくなり、ゆっくりノロノロ歩く <input type="checkbox"/> ゆっくりと立ち上がる。動作がぎこちない <input type="checkbox"/> 運動後に足を引きずる <input type="checkbox"/> 家の中で動かなくなり、寝てばかりいる <input type="checkbox"/> ジャンプが苦手 <input type="checkbox"/> 段差が苦手 <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 音や光への反応が鈍い <input type="checkbox"/> 物や壁にぶつかることが増えた
食事	食事回数：1日（    ）回、歯磨き回数： <input type="checkbox"/> 1日1～3回、 <input type="checkbox"/> 週1～3回、 <input type="checkbox"/> ほぼできていない 食欲： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 過剰 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> ムラがある <input type="checkbox"/> すぐに飽きてしまう 内容： <input type="checkbox"/> ドライフード <input type="checkbox"/> 缶詰 <input type="checkbox"/> 手作り食 <input type="checkbox"/> その他（おやつ等） メーカー・商品名（    ） 手作り食やおやつの内容（    ）
便	回数：1日（    ）回、色調： <input type="checkbox"/> 茶色 <input type="checkbox"/> こげ茶色 <input type="checkbox"/> 黒色 <input type="checkbox"/> 赤色 <input type="checkbox"/> 緑色 <input type="checkbox"/> クリーム色 太さ： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細くなった <input type="checkbox"/> 太くなった 硬さ： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状便 <input type="checkbox"/> 水様便 他： <input type="checkbox"/> 便の表面に血液が付着する <input type="checkbox"/> ジャム状の粘液が付着する <input type="checkbox"/> （    ）
尿	回数：1日（    ）回 <input type="checkbox"/> 以前と変わらない <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 減った 色調： <input type="checkbox"/> 黄色（変わらない） <input type="checkbox"/> 濃くなった <input type="checkbox"/> 薄くなった <input type="checkbox"/> 赤色 尿量： <input type="checkbox"/> 以前と変わらない <input type="checkbox"/> 1回量が少ない <input type="checkbox"/> 一回量が多い 他： <input type="checkbox"/> トイレから尿が外れる <input type="checkbox"/> トイレに間に合わない <input type="checkbox"/> おもらしをする <input type="checkbox"/> （    ）
飲水量	1日（約    ）ml <input type="checkbox"/> 以前と変わらない <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 減った
●過去1年間の間に実施した予防医療についてご記入ください（該当するもの全てに☑してください） <input type="checkbox"/> 混合ワクチン（6種・8種・他） <input type="checkbox"/> 狂犬病ワクチン <input type="checkbox"/> フィラリア <input type="checkbox"/> ノミ・マダニ	
●これまで病院で診断された病気や怪我についてご記入ください	
病名①	： <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 無治療
病名②	： <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 無治療
病名③	： <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 無治療
●体質に関して以下の質問にお答えください	
・薬、食べ物、植物などに対して副作用あるいはアレルギーを持っている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・アレルギー検査を受けたことがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・副作用が生じた薬剤やアレルゲンを下の括弧内にご記入ください （    ）	
●現在気になる症状や様子の変化があればご記入ください	